

Concours d'Agrégation de Chirurgie 1895

EXPOSÉ DES TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J. CURTILLET (de Lyon)



EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur J. CURTILLET (de Lyon)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE E. NICOLAS

6, Rue d'Algérie et Rue Tupin, 38.

1895

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON. — 1891.

PRÉPARATEUR AU LABORATOIRE DE CLINIQUE MÉDICALE (Prof. Lépine) 1888-1889.

AIDE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 1889-1890.

AIDE D'ANATOMIE. — Concours 1890.

PROSECTEUR. — Concours 1890.

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE (Service de M. le professeur Poncet) Concours 1893.

SERVICES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1884.

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1887.

RÉCOMPENSES

LAURÉAT DE L'EXTERNAT
(Prix Saint-Olive, 1884).

LAURÉAT DE L'INTERNAT
(Prix Bouchet, chirurgie, 1891).

PRIX DE THÈSE
(Médaille de bronze, 1891).

CONFÉRENCES A LA FACULTÉ

CONFÉRENCES D'ANATOMIE
1889-1890-1891-1892-1893.

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE
1892-1893.

CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
1892-1893.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — (Service de M. le professeur Poncet)
1894.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la maladie bleue. Forme tardive de cette affection. (Recherches anatomiques). (En collaboration avec M. Bard.) *Revue de médecine*, décembre 1889.

Nous avons exposé dans ce travail, à côté des deux observations cliniques qui nous ont permis d'établir une forme tardive de la maladie bleue, les résultats des recherches anatomiques que nous avons entreprises pour élucider la physiologie pathologique de cette affection. Ces recherches, faites sur des cœurs de fœtus d'âges divers, nous ont amenés à compléter et même à rectifier sur quelques points les descriptions classiques du trou de Botal et de la valvule de Vieussens.

Tandis que ces descriptions représentent la valvule comme occupant le plan de la cloison interauriculaire et naissant du bord postérieur du trou de Botal pour s'accroître progressivement et atteindre le bord antérieur de cet orifice vers le cinquième ou le sixième mois de la vie intra-utérine, nous avons constaté qu'elle a, de très bonne heure, sa disposition définitive, des dimensions très supérieures à celles du trou de Botal, et qu'elle ne s'insère pas sur les bords mêmes de l'anneau, mais autour de lui, à une certaine distance de ces bords et sur la face gauche de la cloison interauriculaire. Le plan de la valvule forme ainsi, avec celui de l'orifice, un angle dièdre ouvert en avant et à gauche.

Deux fois nous avons rencontré, en même temps que la valvule de Vieussens, une seconde valvule très rudimentaire, ne mesurant pas plus d'un millimètre de hauteur et s'insérant suivant le même mode que la précédente, mais sur la face droite de la cloison interauriculaire. Bien que les auteurs ne fassent pas mention de ce petit repli valvulaire, nous croyons son existence à peu près constante, car on peut facilement, dans la généralité des cas, en constater les vestiges dans la partie postérieure de la valvule de Vieussens, avec laquelle il se fusionne rapidement.

Nous avons montré que la valvule de Vieussens, étant donné son mode d'insertion, joue le rôle d'une soupape mobile, ouvrant ou fermant la communication entre les deux oreillettes suivant le sens des pressions intra-cardiaques. Quand la pression est plus forte à droite, ce qui est l'état physiologique avant la naissance, le refoulement de la valvule ouvre largement le trajet; quand, au contraire, après la naissance, la pression devient maximum à gauche, la valvule est appliquée contre la paroi interauriculaire et ferme toute communication. Bientôt elle se soude à cette paroi.

Si la soudure ne se fait pas, on peut voir plus tard, sous l'influence d'un état pathologique créant une hypertension droite, la communication se rétablir. Cette communication, due à un changement accidentel dans le rapport normal des pressions intra-cardiaques, donne lieu à la forme tardive de la maladie bleue.

Un cas d'exstrophie du cloaque interne, accompagnée de l'absence des organes génitaux et de malformations graves des organes abdominaux et du squelette. *Archives provinciales de chirurgie*, 1893.

Il s'agit d'un fœtus de cinq mois environ qui présentait un arrêt de développement de la paroi abdominale antérieure, et dans la région hypogastrique une malformation curieuse que j'ai considérée comme une exstrophie du cloaque interne.

Jusqu'à présent, aucune mention n'avait été faite d'un semblable vice de développement. Aussi, après avoir longuement exposé, à la suite d'une dissection minutieuse, toutes les autres malformations viscérales, vasculaires et squelettiques accumulées chez ce fœtus, ai-je consacré une bonne partie de ce travail à justifier mon interprétation, en me basant sur les données embryogéniques les plus récentes.

J'ai montré que la surface (AB, *fig. 1*) sur laquelle venaient s'ouvrir l'intestin et le seul uretère qui existât chez ce fœtus, n'était pas la paroi postérieure de la vessie, comme de prime abord on pouvait le croire, mais le cloaque interne exstrophié.

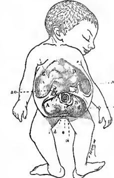


Fig. 1. — Face antérieure du fœtus. — *Légende* : A. B., paroi postérieure du cloaque interne ; C. D., paroi abdominale sus-ombilicale, transparente ; *u*, uretère ; *oi*, orifice intestinal ; *ao*, artère ombilicale ; *vo*, veine ombilicale ; XY, débris de l'enveloppe amniotique du cordon ; *d*, dépression cutanée.

J'ai montré en outre comment la pathogénie de cette malformation se rattache à celle de l'exstrophie vésicale, telle que M. Vialleton la conçoit et telle qu'il nous l'a fait connaître dans une publication récente.

Je résume en quelques mots ce chapitre embryogénique :

A l'état normal, le bouchon cloacal en se désagrégeant ne laisse vide qu'un étroit espace, aux dépens duquel se forment, par la descente de l'éperon périnéal, l'anus et le sinus uro-génital. *(Voy. fig. 2, 3, 4.)* La paroi antérieure de l'abdomen et celle de la vessie sont alors parfaitement constituées.

Mais supposons que la paroi abdominale infra-ombilicale subisse un arrêt de développement. Par compensation la membrane anale, qui plus tard forme le bouchon cloacal, prendra un développement exagéré dans le sens vertical *(voy. fig. 5)*, se rapprochera de l'ombilic et constituera, dans une grande partie de leur étendue, la paroi ventrale antérieure et celle du pédicule de la vésicule allantoïde. Dès lors le bouchon cloacal, en disparaissant, laissera au-dessous de l'ombilic une vaste perte de substance, la paroi postérieure de la vessie sera mise à nu et l'exstrophie vésicale sera constituée.

Pour comprendre l'exstrophie du cloaque interne, il suffit d'ajouter à ce trouble de développement de la paroi abdominale l'absence des replis de Rathke et de l'éperon périnéal aux dépens desquels se forme la paroi postérieure de la vessie. *(Voy. fig. 6.)* Ces organes faisant défaut, ce n'est plus la paroi postérieure de la vessie qui est mise à nu au moment de la chute du bouchon cloacal, mais la paroi postérieure du cloaque interne.

C'est par ce mécanisme que j'explique les graves désordres que

présentait ce fœtus, car les replis de Rathke et l'éperon périnéal ont été sûrement chez lui, dès le principe, frappés d'un arrêt de

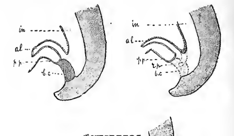




Fig. 2, 3 et 4 — Développement du bouchon cloacal et du périnée. Coupes longitudinales. — ***Légende*** : *al*, allantoïde ; *al.v.*, allantoïde ayant formé la vessie ; *b c*, bouchon cloacal ; *in*, intestin ; *p.p*, paroi primordiale ; *r.p*, éperon périnéal ; *ou*, ouverture uro-génitale ; *oa*, ouverture anale.

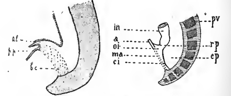


Fig. 5. — Développement anormal du bouchon cloacal. Coupe longitudinale. — ***Légende*** : *p.p.*, paroi primordiale très courte ; *b.c.*, bouchon cloacal anormalement développé ; *al*, allantoïde.

Fig. 6. — Arret de développement de l'éperon périnéal. Exstrophie de la paroi postérieure du cloaque interne. Coupe longitudinale. — *Legende* : *rp*, éperon périnéal très réduit ; *ci*, paroi postérieure du cloaque interne ; *ma*, membrane anale ou paroi antérieure du cloaque interne, indiquée en pointillé, mais disparue ; *in*, intestin ; *oi*, orifice intestinal ; *cp*, cavité péritonéale ; *a*, lambeau amniotique ; *pr*, proto-vertèbres.

développement, puisque toutes les édifications qui en dépendent (anus, périnée, organes génitaux externes) font également défaut.

Cette manière d'envisager les troubles liés à l'évolution du bouchon cloacal permet d'y rattacher toute une série de malformations, dont le premier degré est représenté par l'épispadias et dont le degré le plus élevé constitue l'exstrophie du cloaque interne.

II. — MÉDECINE

Un cas d'ophthalmoplégie extérieure bilatérale protubérantielle, d'origine embolique. (En collaboration avec M. BOUVERET.) *Lyon médical*, 1890.

Cas de myoclonie. Chorée électrique de Bergeron. (En collaboration avec M. BOUVERET.) *Lyon médical*, 1890.

III. — CHIRURGIE

Ostéomyélite juxta-épiphysaire bipolaire. Nécrose diaphysaire totale du cubitus. *Province médicale*, novembre 1889.

J'ai relevé chez le malade qui fait l'objet de ce travail et qui a été observé dans le service de mon maître, M. le professeur Poncet, un certain nombre de points qui méritaient d'être notés :

D'abord son âge (20 ans), relativement avancé pour l'affection qu'il présentait. Puis l'étendue considérable de la nécrose, qui ne respecta que les deux épiphyses et nécessita l'ablation totale de la diaphyse transformée en un volumineux séquestre. — M. le professeur Poncet en a reproduit le dessin dans son chapitre du *Traité de chirurgie* consacré à la nécrose. — Enfin l'apparition, quelque temps après le début de la maladie, de phénomènes pulmonaires graves et d'une localisation ostéomyélitique très probable au niveau de la moitié gauche de l'occipital. Ces derniers accidents paraissent avoir été consécutifs à une fracture spontanée de l'extrémité inférieure de l'os malade, survenue pendant la période aiguë de la maladie et qui, sans doute, a permis la pénétration brusque dans la circulation d'une grande quantité d'agents infectieux.

J'ai étudié en outre les conséquences qui pourraient résulter, au point de vue des fonctions de la main, d'une reconstitution imparfaite du cubitus entraînant une inégalité de longueur des deux os de l'avant-bras.

Luxation ancienne du poignet en avant, svec arrêt de développement de tout le membre supérieur. *Gazette des hôpitaux*, 1890.

Il s'agit d'un sujet âgé de 45 ans, dont la luxation d'origine traumatique datait de l'âge de 12 ans et avait donné lieu à un srrêt de développement portant sur tous les segments du membre intéressé.

La dissection complète que j'en ai faite m'a permis de décrire en détail toutes les altérations de l'ancienne articulation radio-carpienne, ainsi que la disposition de la néarthrose produite par l'ascension du carpe au-devant des deux os de l'avant-bras.

J'ai montré que les mouvements d'extension du poignet, qui, à l'état normal, se passent dans l'articulation radio-carpienne, étaient abolis, alors que les mouvements de flexion de la main, qui dépendent de l'articulation médio-carpienne, étaient parfaitement conservés.

J'ai recherché, enfin, les diverses interprétations que l'on pouvait donner de ce curieux arrêt de développement.

Luxation de la colonne vertébrale. *Société des sciences médicales de Lyon.* Voir *Lyon médical*, janvier 1890.

Il s'agissait d'un malade qui fit une chute en portant un lourd fardeau sur ses épaules. Dans cette chute la tête avait subi un mouvement forcé de flexion, et aussitôt des signes de compression médullaire étaient apparus. A l'autopsie, cinquieme vertèbre cervicale luxée en avant sur la sixième, sans trace de fracture. Rupture de tous les ligaments. Déchirure du disque intervertébral. (Présentation des pièces à la Société des sciences médicales.)

Grenouillette calculeuse. *Société des sciences médicales de Lyon.* Voir *Lyon médical,* mars 1890.

J'ai présenté à la Société des sciences médicales deux énormes calculs salivaires (1 gr. 50, 3 gr. 50), enlevés par M. le professeur Poncet après incision du canal de Warthon. Ces deux calculs avaient une forme conique et étaient placés de telle façon, que la pointe de l'un était en contact avec la base de l'autre. Le canal de Warthon était précisément rétréci entre les deux calculs et formait ainsi sur le plancher buccal une tumeur en sablier.

Désinfection et aseptie des sondes en gomme et en caoutchouc. *Bulletin médical*, 1890.

Exposé de la méthode employée dans le service de M. le professeur Poncet pour stériliser les sondes molles et les conserver aseptiques : Emploi de la chaleur sèche à 140° pendant une demi-heure ; conservation des sondes dans un bain sec aseptique de poudre de talc, préalablement chauffée à la même température.

Note sur la stérilisation du catgut. *Province médicale*, 10 mai 1890.

Résultats obtenus dans le service de M. le professeur Poncet par l'emploi de la chaleur sèche, suivant la méthode de Reverdin légèrement modifiée : Chauffage pendant une demi-heure, au lieu de quatre heures, des catguts placés dans un vase non fermé, à une température de 140° s'élevant rapidement à 150° ; conservation dans l'alcool absolu qui rend au catgut la souplesse que le chauffage lui enlève partiellement.

Nombreux essais de culture avec les catguts ainsi préparés. Résultats négatifs.

Fibrôme utérin volumineux enlevé par la voie abdominale avec traitement extrapéritonéal du pédicule. *Lyon médical*, 5 juillet 1891.

Observation présentée à la Société des sciences médicales, avec quelques considérations sur le traitement des pédicules.

Fibrôme utérin sous-muqueux enlevé par morcellement. *Société des sciences médicales de Lyon*, 1891.

Hydrorrhée d'une abondance extrême, pendant plusieurs jours, après l'opération.

Hématométrie accompagnée de fièvre survenue seize jours après une ovariotomie. *Société des sciences médicales de Lyon*, juillet 1891.

Utérus très distendu. Dilatation du col utérin avec la laminaire, évacuation. Chute immédiate de la température. Retour très rapide de l'utérus à son volume normal.

Un cas de maladie kystique du testicule. *Province médicale*, 1891.

Etude clinique et anatomo-pathologique.

Du décollement traumatique des épiphyses. *Thèse de Lyon*, 1891.

Depuis les recherches anatomo-pathologiques de Foucher sur le décollement traumatique des épiphyses, la plupart des auteurs ont admis avec lui que la disjonction pure était possible; en d'autres termes, que la séparation pouvait se faire nettement entre le tissu osseux de la diaphyse et le cartilage de conjugaison, sans que celui-ci entraînât par sa face diaphysaire la moindre couche de tissu osseux. Quelques auteurs déclarèrent plus tard, mais sans preuve bien évidente, que le décollement vrai n'existait pas et que dans tous les cas, même chez les sujets les plus jeunes, le trait de séparation passait à travers le tissu osseux à quelque distance du cartilage.

En présence de ces deux opinions entre lesquelles il était difficile de prendre parti faute de données anatomiques suffisantes, j'ai recherché dans l'expérimentation et l'examen histologique la précision que de simples constatations macroscopiques n'avaient pu fournir.

J'ai repris dans ce travail la question tout entière et fait une place assez large à la clinique, mais je me suis attaché surtout à l'étude du mécanisme et de l'anatomie pathologique, dans le but de préciser exactement le lieu des décollements. J'ai longuement étudié aussi les troubles d'accroissement qui peuvent leur succéder.

Je ne veux résumer ici que ces trois dernières parties de mon travail.

A. — Mécanisme. — Toutes mes expériences ont été faites dans le laboratoire de mon maître, M. le professeur Poncet. Elles m'ont fourni les matériaux de mes recherches histologiques et m'ont per-

mis, tout en vérifiant un grand nombre de résultats obtenus par d'autres expérimentateurs, d'apporter quelques faits nouveaux et d'arriver aux conclusions suivantes :

1° *Traction suivant l'axe du membre.* — Expérimentalement, on ne réussit que très rarement, et encore faut-il des poids considérables, à produire des décollements par la traction.

En pratique (décollements par manœuvres obstétricales), la traction ne doit être efficace qu'à la condition d'être combinée à un mouvement de torsion.

2° *Flexion et extension.* — La flexion et l'extension forcées ne décollent le plus souvent que des épiphyses correspondant à des articulations ginglymoïdales ou condyliennes. Elles sont sans effet sur les articulations de l'épaule et de la hanche. Pour ce qui est toutefois de l'épiphyse inférieure de l'humérus, la meilleure condition de son décollement réside, ainsi que M. Farabeuf l'a parfaitement démontré, dans un choc rétro-huméral pendant que l'avant-bras est fléchi et la main appuyée sur le sol.

3° *Abduction et adduction forcées.* — Moyens très efficaces pour décoller les épiphyses du poignet et celles du pied, surtout en les combinant à un mouvement de rotation.

Pour les épiphyses supérieures de l'humérus et du fémur, l'abduction, associée à un mouvement de rotation en dehors et en arrière, constitue sinon le seul, du moins le plus sûr moyen de divulsion.

4° *Torsion.* — La torsion, combinée à un autre mouvement, favorise le décollement ; mais, seule, elle ne semble pas pouvoir le produire chez les très jeunes sujets, dont les articulations par leur laxité se prêtent facilement à des mouvements de torsion extrêmement étendus. Elle peut être, au contraire, efficace chez des enfants plus âgés.

En résumé, les décollements traumatiques des épiphyses sont le plus souvent la conséquence des mouvements forcés des articulations, et leur mécanisme se rapproche de celui de l'entorse, dont ils pourraient être, en quelque sorte, considérés comme le degré le plus élevé. Les décollements par choc direct sont beaucoup plus rares.

B. — Anatomie pathologique. — Des nombreux examens histologiques que nous avons pratiqués sur des épiphyses décollées expérimentalement, il résulte que : la classification de Foucher n'a de raison d'être qu'au point de vue macroscopique ; histologiquement, le décollement parfait n'existe pas. Chez le nouveau-né, où le

trait de séparation semble mettre à nu le cartilage, il reste toujours à la surface de celui-ci une couche de tissu ostéoïde, qui ne contient pas encore, il est vrai, d'ostéoblastes, mais qui n'est plus du cartilage, puisqu'il est envahi par les vaisseaux et qu'à la surface de ses travées s'est déposée de la substance osseuse fondamentale. Sur toutes nos préparations nous avons retrouvé ces caractères avec la même netteté.

Chez les enfants plus âgés, à partir d'un an probablement, la nature de la lésion n'est même plus discutable. Il ne s'agit pas, comme le croyait Foucher, d'un arrachement passant par la zone spongoïde, qui, très épaisse chez le nouveau-né, où elle constitue le lieu de moindre résistance, n'occupe plus ici qu'une épaisseur insignifiante, mais d'une véritable fracture, d'une solution de continuité en plein tissu spongieux.

Au-delà de quelques années, la question se juge à l'œil nu.

On peut donc dire que le décollement épiphysaire n'est autre chose qu'une fracture se produisant entre le cartilage de conjugaison et la région bulbaire de la diaphyse, en un point qui varie un peu suivant l'âge du sujet.

C. — Troubles d'accroissement. — Les troubles d'accroissement sont rares. Leurs causes principales sont :

1° *Les complications inflammatoires*, amenant des altérations graves du cartilage de conjugaison et, parfois, de l'épiphyse tout entière.

2° *Les déplacements étendus*. On conçoit en effet que le cartilage de conjugaison n'étant plus au contact de la diaphyse, cesse de lui fournir ses éléments d'accroissement. Si on réussit à les éviter, la consolidation se fait bien, et les troubles d'accroissement qu'on peut toutefois observer ne sont que passagers et peu importants. En effet, la présence d'un cal osseux au voisinage du cartilage de conjugaison ne peut troubler que passagèrement l'évolution de ce dernier.

Dans le traitement des décollements traumatiques des épiphyses on doit donc apporter la plus grande attention à écarter les complications inflammatoires et à assurer la réduction et la contention parfaite des fragments, dût-on, pour obtenir ce dernier résultat, avoir recours à une intervention sanglante.

De la cystostomie idéale. *Gazette des hôpitaux*, 14 juillet 1894, et Thèse de Coullaud, décembre 1894.

J'ai eu l'occasion de pratiquer, dans le service de M. le professeur Poncet, trois cystostomies sus-pubiennes suivant un procédé opératoire un peu spécial, qui m'avait été inspiré par la lecture de la thèse de M. Boutan, et qui fut décrit quelque temps après par M. Wassilieff sous le nom de *Cystostomie idéale*. Il consiste à attirer la muqueuse vésicale à travers la boutonnière musculeuse et à suturer cette muqueuse, préalablement décollée du plan musculaire sous-jacent, à la peau de l'abdomen, de manière à réaliser un urèthre contre nature avec deux sphincters, l'un vésical lisse, l'autre strié formé par les muscles grands droits.

Les résultats que j'ai obtenus ne répondent pas aux espérances qu'on avait lieu de fonder sur cette opération. Elle n'est en effet possible que chez les rétentionnistes mécaniques non infectés, dont la paroi vésicale conserve encore une certaine résistance. Chez les malades infectés, au contraire, la muqueuse vésicale déjà altérée, et au surplus privée de son enveloppe musculaire, ne peut résister à l'inflammation que provoque sur les bords de la plaie le contact du pus, et bientôt elle se déchire et se mortifie.

Au point de vue fonctionnel, les résultats ne l'emportent pas sur ceux que donne le procédé habituel.

Je considère donc la cystostomie idéale comme une complication inutile de la cystostomie sus-pubienne.

Traitement de l'ostéomyélite diffuse du tibia par l'ouverture précoce du canal médullaire au moyen du couvercle osteo-cutané de Bier. *Gazette des hôpitaux*, 4 avril 1895.

On tend aujourd'hui de plus en plus à adopter, comme formule de traitement de l'ostéomyélite aigue des os longs, l'intervention précoce et l'ouverture de la cavité médullaire, dans une étendue assez grande pour permettre l'ablation de toutes les parties malades. Le curage de la moelle, les évidements du canal médullaire ont été même systématiquement appliqués par quelques chirurgiens, et il faut reconnaître que ce traitement, qu'on ne peut mieux comparer qu'à l'ouverture large et à l'évacuation complète d'un abcès, a donné de très bons résultats.

Mais le grave reproche que l'on peut faire à la pratique de ces évidements osseux c'est de laisser subsister, surtout lorsqu'il s'agit d'un os superficiel et recouvert seulement par la peau, comme le tibia, des brèches dont il est souvent impossible d'obtenir la réparation. J'ai passé en revue dans ce travail les divers modes de traitement qu'on leur a appliqués, et j'ai montré les raisons de leur inefficacité.

Et alors je me suis attaché surtout à préconiser l'emploi, dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë du tibia, d'un procédé opératoire qui présente ce double avantage : d'ouvrir le canal médullaire dans toute sa longueur et de ne laisser subsister aucune brèche osseuse. Ce procédé, qui a été proposé par Bier, consiste dans la création d'un couvercle ostéo-cutané aussi long que le tibia lui-même, et qui, provisoirement soulevé et rabattu en dehors, permet d'étaler toute la cavité centrale de l'os. Lorsque la toilette de cette cavité est achevée, le couvercle est remis en place et l'on fait une suture immédiate des téguments.

On remplit ainsi l'indication principale qui est d'évacuer tous les tissus morbides, et on évite toute déformation du membre consécutive à l'opération.

Dans les deux faits que je rapporte ici et dont l'un concerne un petit malade que j'ai opéré moi-même dans le service de mon maître, M. le professeur Poncet, la guérison complète a été obtenue en moins de deux mois. Avec les anciens procédés d'évidement, ces deux enfants seraient encore aujourd'hui porteurs d'une immense plaie osseuse.

ANALYSES DE THÈSES

Dans plusieurs journaux, notamment le *Lyon médical*, la *Province médicale*, la *Gazette hebdomadaire*.

Cystostomie sus-pubienne	Thèse de	BONAN.
Appendicite infectieuse aiguë	—	MARGERY.
Adénites géniennes.	—	VIGIER.
Kystes hydatiques de l'épiploon	—	MONÉGER.
Tumeurs de l'appendice iléo-cœcal	—	LAFFORGUE.
Astragalectomie	—	CRUSSARD.
Péritonite tuberculeuse.	—	BEAUSSENAT.
Kystes congénitaux du plancher buccal. .	—	FAURE.
Adénite sus-claviculaire gauche	—	LESNÈS.
Ostéomyélite larvée.	—	MIALARET.
Tuberculose de la verge	—	BARBET.